Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen u. Nervenklinik der Universität Erlangen
(Vorstand: Direktor Professor Dr. Meggendorfer).

1936

Die Auswirkungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an dem Krankenbestand der Psychiatrischen und Nervenklinik Erlangen.

STANFORD UNIVERSITY APR 11 1939 LIBRARY

Inaugural-Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexanders-Universität
zu Erlangen

vorgelegt von

Walter Kreienberg
Medizinalpraktikant aus Kaiserslautern.

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Dezember 1936.

Erlangen 1937

Druck von Höfer & Limmert in Erlangen.

1938/32

Referent: Professor Dr. Fr. Meggendorfer

Dekan: Geheimrat Professor Dr. Fr. Jamin

Während in früheren Zeiten die Kastration die Methode der Unfruchtbarmachung darstellte, befassen sich die auf einer höheren Kulturstufe stehenden Menschen der Neuzeit mit einer humaneren Maßnahme: der Sterilisation. Die Kastration spielte eine Rolle als Strafe für Verbrecher wie im altassyrischen Strafrecht, als Maßnahme, um die Haremswächter den Frauen ungefährlich zu machen, wie in der Türkei oder bei der religiös-fanatischen Sekte der Skopzen in Rußland als der Gottheit gefällige Selbstmarterung. Wegen der schweren Nachteile der Kastration für die Gesundheit und das Befinden der Operierten ist sie für die Ausmerzung von ungünstigen Erbanlagen in größerem Umfange nicht geeignet. Die sterilisierenden Operationen sind erst jüngeren Datums. Zwar empfahl schon 1823 James Blundell in London, die Tuben anläßlich der Vornahme eines Kaiserschnittes zu durchschneiden, um eine weitere Schwangerschaft zu verhüten, aber erst 1881 führte der Amerikaner Lungren anläßlich eines Kaiserschnittes die Unterbindung der Tuben aus. Die erste eugenische Sterilisation führte der deutsche Gynäkologe F. A. Kehrer im Jahre 1897 in Heidelberg aus. Die ersten Versuche einer Unterbindung der Samenstränge werden schon 1785 berichtet; aber die erste wirklich ausgeführte Vasektomie wird dem Schweden Lenander zugeschrieben, der sie 1897 bei Prostatavergrößerung anwandte. Ebenso wurde im Jahre 1899 durch den Gefängnisarzt in Jeffersonville im Staate Indiana Harry Sharp bei einem exzessiven Masturbanten auf dessen eigenen Wunsch eine Vasektomie mit gutem Erfolg durchgeführt. Obwohl sich noch im gleichen Jahre 71 Sträflinge freiwillig sterilisieren ließen und damit die neue Operation propagandierten, befaßte sich die amerikanische Gesetzgebung doch nur zögernd mit dem Sterilisationsproblem. Erst im Jahre 1907 wurde dann im Staate Indiana das erste Sterilisationsgesetz der Welt erlassen, welches allerdings mehr forensischen und wirtschaftlichen als rassenhygienischen Gesichtspunkten entsprang. Nach und nach folgten dann mehrere nordamerikanische Staaten dem Beispiel Indianas, sodaß heute 27 Staaten der Union zur Ausübung der Sterilisation ermächtigt sind. Die Wirksamkeit dieser Gesetze war jedoch bisher äußerst gering, da sie sich meist auf das Freiwilligkeitsprinzip beschränken.

Dänemark war der erste Staat Europas, der im Jahre 1929 ein einheitliches Sterilisationsgesetz einführte. In Norwegen, Schweden, Finnland, Polen, England und in der Schweiz wurden dann auch diesbezügliche Gesetze in Vorschlag gebracht. Besonders in der Schweiz wurden seit mehreren Jahren mit stillschweigender Duldung der Behörden Unfruchtbarmachungen durchgeführt; Im Kanton Waadt bestand sogar seit 1929 ein Sterilisationsgesetz. Auch in Kanada, Japan und Australien beschäftigte man sich mit dem neuen Problem, sogar in Rußland wurde die Frage berührt. Allen diesen Gesetzen und Gesetzesvorschlägen ist trotz der Verschiedenheit der Auffassung der Wunsch gemeinsam: die Fortpflanzung Erbkranker durch geeignete eugenische Maßnahmen zu verhindern und dadurch dem Menschen selbst und dem Staat zu nützen. Inwieweit dies Ziel von den einzelnen Staaten erreicht wurde, hing von der Einheitlichkeit der Staatsführung, dem gesunden Volksempfinden und der erreichten Kulturstufe eines Volkes ab.

Auch in Deutschland beschäftigte man sich bereits um die Jahrhundertwende mit dem Sterilisationsproblem, bezeichnete doch Paul Näcke 1899 die „Unfruchtbarmachung gewisser Klassen von Degenerierten als eine heilige Pflicht des Staates". Im Jahre 1903 forderte dann Rüdin auf dem internationalen Antialkoholkongreß die Sterilisation unheilbarer Trinker; seine Forderung wurde aber mit Entrüstung abgewiesen. In den folgenden Jahren wurde dann die Frage immer wieder aufgegriffen; im Jahre 1914 wurde sogar vom Reichskanzler ein Gesetzesentwurf vorgelegt über die Regelung der Unfruchtbarmachung und der Schwangerschaftsunterbrechung, allerdings nur aus ärztlicher Indikation. Der Ausbruch des Krieges ersparte dem Reichstag eine damals sicherlich fruchtlose Beratung dieses Gesetzentwurfes. Nach dem Kriege wurde der Gedanke einer Menschenauslese wieder brennend, da ja im Krieg ein starker Verlust biologisch wertvollen Menschenmaterials stattgefunden hatte und eine Überschwemmung unseres an sich schon geschwächten Volkes durch Minderwertige drohte. Auch die wirtschaftliche Notlage der damaligen Zeit hätte verantwortungsvolle Staatsmänner in dem Bestreben, unnütze Ausgaben zu drosseln, immer wieder auf die unheimlichen Summen, die unsere Irrenanstalten verschlingen, und damit auf die Frage der Verhütung erbkranken Nachwuchses hinführen müssen. Denn schon damals wurde die Zahl der Schwachsinnigen mit 200 000, die die Idioten allein mit 70 000 angegeben. Es entsprach durchaus den damaligen Verhältnissen, wenn in den Jahren 1919 bis 1932 viel über die Sterilisation

gesprochen und verhandelt wurde, aber nie ein positiver Beschluß gefaßt wurde, wenn es Anhänger dieses Gedankens gab und erbitterte Gegner.

Das Jahr 1933 schaffte auch auf diesem Gebiet eine einheitliche Klärung. Am 14. Juli 1933 wurde das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erlassen. Von Vielen angegriffen, nur von Wenigen in seiner hohen eugenischen Bedeutung erkannt, stellt es in seiner Klarheit das bisher Beste dar, was es auf dem Gebiete der Rassenhygiene überhaupt gibt. Wirksam wird es ergänzt durch das am 18. Oktober 1935 erlassene Ehegesundheitsgesetz und eine Reihe weiterer Maßnahmen, die die Erhaltung und Mehrung der gesunden Erbmasse unseres Volkes bezwecken.

Mit der Verkündung und sofortigen energischen Durchführung des Gesetzes war das Sterilisationsproblem in den Mittelpunkt des internationalen Interesses gerückt. Wenn auch weite Kreise des Auslandes sich nur deshalb mit diesem Gesetz beschäftigten, weil sie aus politischen Gründen jede Maßnahme des neuen Deutschland benutzten, um ihrem fanatischen Haß gegen die neue Staatsführung in uferloser und unsachlicher Kritik Ausdruck zu geben, so nahmen doch auf dem Gebiete der Eugenik maßgebende Wissenschaftler in aller Welt zu dieser Frage Stellung. Dies beweist u. a. die schon im Jahre 1934 auf dem in Zürich abgehaltenen internationalen Kongreß eugenischer Organisationen gefaßte Entschließung: „Die Versammlungsteilnehmer, die bei Gelegenheit der 11. Konferenz der internationalen Förderation eugenischer Organisationen in Zürich anwesend sind und die die verschiedensten Länder der Erde vertreten, stellen fest, daß sie in den viertägigen Verhandlungen bei aller Verschiedenheit ihres politischen und weltanschaulichen Standpunktes doch die tiefe Überzeugung geeint hat, daß rassenhygienische Forschung und Praxis für alle Kulturländer höchst lebenswichtig und unausweichlich sind. Der Kongreß empfiehlt den Regierungen der Welt, in gleicher sachlicher Weise, wie dies bereits in einigen Ländern von Europa und Amerika geschehen ist, die Probleme der Erbbiologie, Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene zu studieren und deren Ergebnisse zum Wohle ihrer Völker anzuwenden.“ So stellt das Ergebnis dieses Kongresses einen moralischen Sieg Deutschlands dar; Die öffentliche Billigung des deutschen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durch führende Gelehrte aller Länder dürfte der ausländischen Pressehetze gegen unsere Rassenpolitik endgültig den Boden entzogen haben. Weiterhin wurde in diesem Jahre auf der Tagung der eugenischen Ge-

sellschaft in Scheveningen die deutsche Gesetzgebung zur Sterilisierung Geisteskranker von allen Kongreßteilnehmern außerordentlich begrüßt. Man stellte fest, daß sich die Gesetze auf wissenschaftliche Erkenntnisse gründeten und aus einem biologischen Denken hervorgegangen seien. Neben der Betrachtung des Einzelfalles sei die Familienforschung vor allem wesentlich. Gestützt werde die Zuversicht zu den deutschen Maßnahmen durch das dem Kongreß vorgelegte Tatsachenmaterial und es sei zu hoffen, daß nach dem Vorbild der verhältnismäßig einfachen deutschen Maßnahmen mit der Zeit auch der übrigen Menschheit das Elend erspart werde, das sie heute noch durch die große Zahl der Geisteskranken zu tragen habe. So fanden auch hier wieder die Verdienste Deutschlands um die moderne Eugenik vor der Weltöffentlichkeit vollste Anerkennung.

In Deutschland wird die segensreiche Auswirkung des Gesetzes für die Zukunft wohl allgemein anerkannt. Die Erfahrungen bei der Anwendung des Sterilisationsgesetzes haben gezeigt, daß das Verständnis für das neue Gesetz in weitesten Kreisen groß war. Besonders wertvoll ist die Feststellung, daß meist sogar diejenigen, die selbst vom Gesetz betroffen wurden, und auch ihre Familienangehörigen die Notwendigkeit der Maßnahme im Interesse des Volksganzen einsahen. Die Bedenken, es würde durch den Eingriff ein körperliches oder psychisches Trauma gesetzt werden, das die Betroffenen noch mehr belaste, können heute als widerlegt betrachtet werden. Auch die Befürchtungen, daß die Sterilisierten sich hemmungslos dem Geschlechtsverkehr bezw. der Prostitution hingeben würden, haben bisher keinerlei Bestätigung gefunden.

Die Durchführung der Sterilisierung fiel in den Beginn des Jahres 1934. Für das Reichsgebiet liegt bis zum heutigen Tage lediglich eine annähernde Gesamtzahl aller Sterilisierten vor, die mit 107 000 angegeben wird. Davon entfielen auf das Jahr 1934 ungefähr 56 000. Dieser unverhältnismäßig hohe Anteil des ersten Jahres erklärt sich daraus, daß bei Erlaß des Gesetzes eine große Zahl einwandfrei als Erbkranke diagnostisch feststand, die dann als klare Fälle bei den Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte keinerlei Schwierigkeiten bereiteten. Wie sich die oben angeführte Zahl auf die im Gesetz aufgezählten Erbkrankheiten verteilt, wurde bisher noch nicht zusammengestellt. Eingehende Untersuchungen in dieser Richtung sind bisher nur von einigen Universitätskliniken und Heil- und Pflegeanstalten veröffentlicht worden. So enthält der Jahresbericht der städtischen Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu

in Bamberg für das Jahr 1935 folgende Angaben: Anträge auf Unfruchtbarmachung wurde gestellt bei 21 Männern und 18 Frauen; davon wegen angeborenen Schwachsinns bei 3 Männern, 2 Frauen, Schizophrenie bei 9 Männern, 13 Frauen, erblicher Fallsucht bei 4 Männern, 1 Frau, manisch-depressiven Irreseins bei 1 Mann, 1 Frau, schweren Alkoholismus' 4 Männer, 1 Frau. Zwei Anträge wegen schweren Alkoholismus' wurden durch das Erbgesundheitsgericht Bamberg abgelehnt. Bei einem Mann stellte sich das Gericht auf den Standpunkt, daß das Delirium tremens durch einen Unterschenkelbruch ausgelöst sei und also der Alkoholmißbrauch nicht die alleinige Ursache des Alkoholdelirs sei. Bei einer Frau sah das Gericht die Ursache des Alkoholmißbrauchs in „widrigen Familienverhältnissen" und lehnte deshalb den Antrag ab. Unterdessen sind offenbar die „widrigen Familienverhältnisse" noch schlechter geworden, denn der Ehemann betreibt jetzt die Entmündigung dieser Trinkerin. Ein Gerichtsbeschluß auf Unfruchtbarmachung wurde bei 17 Männern und 13 Frauen rechtskräftig. Die Operation wurde ausgeführt bei 14 Männern und 12 Frauen.

Der Jahresbericht von 1934 des Erbgesundheitsgerichtes Chemnitz, der ein sehr großes Material umfaßt, bringt folgende Ergebnisse: Bei 1559 Personen wurde Anzeige wegen Erbkrankheit erstattet. In 1029 Fällen wurden Anträge auf Unfruchtbarmachung gestellt, davon 741 mal auf Sterilisation erkannt. 55 Anträge wurden abgelehnt und 97 Fälle wurden auf andere Art erledigt. Bei 461 Personen wurde die Operation bereits vollzogen. Die Gesamtzahl der behandelten Fälle verteilte sich folgendermaßen auf die einzelnen im Gesetz angeführten Erbkrankheiten: Angeborener Schwachsinn 707, Schizophrenie 416, zirkuläres Irresein 49, erbliche Fallsucht 313, erblicher Veitstanz 6, erbliche Blindheit 9, erbliche Taubheit 25, schwere körperliche Mißbildung 5, schwerer Alkoholismus 24.

Weiterhin liegen allgemeinere Angaben aus Baden, Thüringen und Hamburg vor. So waren in Baden bis zum 15. Juni 1934 an Anzeigen 3025 eingegangen, was 1,2 pro Mille der Einwohnerzahlen bedeutet. In 997 Fällen wurde auf Sterilisation erkannt, 32 Anträge wurden abgelehnt. Die Sterilisation wurde durchgeführt bei 289 Männern und 283 Frauen. In Hamburg wurden bis zum 15. Juni 1934 von 1325 Anträgen 761 bejaht, 8 verneint, die Sterilisation wurde an 155 Männern und 209 Frauen durchgeführt.

Leider eignen sich alle diese Veröffentlichungen wenig zu einem Vergleich, da sie teils aus verschiedenen Berichtsjahren stammen, teils zu geringe Zeiträume umfassen,

teils nicht einheitlich angelegt sind. Zudem ist der Zeitpunkt der Veröffentlichung zu früh gewählt; es ergeben sich daher zu hohe Zahlenwerte für das einzelne Jahr infolge der Anhäufung des Materials bei Beginn der Durchführung des Gesetzes. Nach dreijähriger Auswirkung des Gesetzes dürfte eine einheitlich durchgeführte Überprüfung sämtlicher im deutschen Reichsgebiet behandelten Fälle ein Ergebnis bringen, das sich für die Beurteilung des Erfolges der Sterilisation in der Zukunft verwerten ließe. Um einer zentralen Stelle die geeigneten Unterlagen zu vermitteln, erscheint es notwendig, daß jede Universitätsklinik, Heil- und Pflegeanstalt in Zusammenarbeit mit den Erbgesundheitsgerichten eine genaue Aufstellung nach gleichem Schema erstellt. In diesem Sinne seien anschließend die Erfahrungen und Beobachtungen bei der Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Erlangen zusammengefaßt.

Der durchschnittliche Krankenbestand beträgt rund 200 Patienten und verteilt sich gleichmäßig auf Männer und Frauen. Die psychiatrischen Fälle, die ja hauptsächlich für das Gesetz in Frage kommen, dürften dabei 75 % des Gesamtbestandes ausmachen. Besonders zu erwähnen ist, daß nur wenige Patienten länger dauernde Klinikinsassen und die meisten nur Bearbeitungsfälle darstellen (in den letzten 3 Jahren durchliefen jährlich etwa 460 die Klinik). Im einzelnen ergaben sich folgende Zahlen:

Außer den eigenen Fällen wurden für Erbgesundheitsgerichte 110, für Erbgesundheitsobergerichte 38 Personen begutachtet. Diese „Beobachtungsfälle" wurden in den folgenden Ausführungen nicht berücksichtigt, sondern nur die „eigenen" Patienten der Klinik.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes wurden bis zum heutigen Tag insgesamt in 385 Fällen, und zwar bei 195 Männern und 190 Frauen, Antrag gestellt bezw. Anzeige erstattet. Die Fälle verteilen sich auf:

	Männer	Frauen	Zusammen
In geschlossenen Anstalten verwahrt	33	45	78
Eingebrachte Anträge	69	57	126
Verfahren schwebt	8	5	13
Bereits sterilisiert	58	50	108*
Anträge abgelehnt	3	2	5
Nicht mehr fortpflanzungsfähig	7	63	70
Gestorben oder entwichen	1	2	3

*) Bei zwei Frauen wurde auf Unfruchtbarmachung entschieden, die aber nicht durchgeführt wurde, da eine Fortpflanzung ausgeschlossen war; die eine Patientin war durch eine durchgemachte Gonorhoe steril, bei der anderen war der Uterus operativ entfernt worden.

Es entfielen auf die einzelnen Krankheiten, die im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aufgeführt sind:

	Männer	Frauen	Zusammen	%
Angeborener Schwachsinn	22	22	44	11,42
Schizophrenie	90	79	169	43,89
Zirkuläres Irresein	31	67	98	25,47
Erbliche Fallsucht	48	17	65	16,88
Erblicher Veitstanz	3	3	6	1,54
Schwere körperliche Mißbildung	—	1	1	0,26
Schwerer Alkoholismus	1	1	2	0,52

Hiervon wurden sterilisiert:

	Männer	Frauen	Zusammen	%
Schizophrenie	32	24	56	52,2
Angeborener Schwachsinn	7	7	14	13,2
Zirkuläres Irresein	7	10	17	16,0
Erbliche Fallsucht	10	5	15	14,2
Erblicher Veitstanz	2	—	2	1,9
Schwere körperliche Mißbildung	—	1	1	0,9
Schwerer Alkoholismus	—	1	1	0,9

Bei Betrachtung der Tabellen ergibt sich eine hohe Zahl von Anstaltsinsassen, die beinahe die Hälfte des Krankenbestandes ausmachen würde. Es sind aber in dieser Zahl alle Fälle mit einbegriffen, die z. Z. noch einer Anstaltspflege bedürfen und in irgendwelchen Anstalten untergebracht sind. In der hiesigen Klinik befinden sich davon lediglich 30 %.

Die geringe Zahl der Anträge im Verhältnis zu den Anzeigen erklärt sich daraus, daß bei vielen irgendwie zweifelhaften Fällen, bei denen ein geringer Verdacht einer Erbkrankheit besteht, Anzeige an den zuständigen Bezirksarzt zwecks weiterer Beobachtung gemacht wurde, obwohl man sich im klaren war, daß die in Erscheinung getretenen Verdachtsmomente zur Zeit nicht ausreichen und deshalb ein Antrag auf Unfruchtbarmachung eine unnötige Arbeit für das Erbgesundheitsgericht bedeuten würde.

So wurde ein Mann wegen Epilepsieverdachts angezeigt, der in bewußtlosem Zustand in die Klinik eingeliefert wurde und erst nach 4 Stunden wieder bei klarem Bewußtsein war. Er war in dem geschlossenen Kasten eines Lastwagens nach einstündiger Fahrt bewußtlos aufgefunden worden. Ein epileptischer oder epileptiformer Anfall war nicht beobachtet worden. Man dachte an eine CO-Vergiftung durch ausströmende Auspuffgase, wofür sich aber bei der Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte ergaben. Auch eine Alkoholintoxikation als Ursache mußte abgelehnt werden. Eine Erblichkeit für Epilepsie in der Familie war nicht nachzuweisen. In der Anamnese des Patienten ergaben sich zwei verdächtige, als „Übelkeit" geschilderten Anfälle bei der Beerdigung seines Vaters und anläßlich der Erkrankung an einem größeren Furunkel. Alle zur Klärung des Falles angewendeten Untersuchungsmethoden verliefen negativ. Am nächsten Tage mußte der Patient als ungeklärter Fall mit Verdacht auf Epilepsie entlassen werden. Es wurde beim zuständigen Amtsarzt Anzeige erstattet, die bei einem abermaligen Auftreten eines Anfalles die Diagnose wird stützen helfen.

Die Zahl derer, die angezeigt wurden, obwohl keine Fortpflanzungsgefahr besteht, erscheint zu hoch, und man könnte denken, es sei doch überflüssig, Personen wegen Erbkrankheit anzuzeigen, die sowieso für die Fortpflanzung nicht mehr in Frage kommen. Die Anzeigen wurden jedoch erstattet, weil das Gesetz die Anzeige fordert ohne Rücksicht darauf, ob die Betreffenden fortpflanzungsfähig sind oder nicht. Das hat auch seine Berechtigung im Hinblick darauf, daß bei Erkrankungen in den betreffenden Familien späterhin auch diese Fälle schon aktenmäßig erfaßt sind.

Abgelehnt wurden vom Erbgesundheitsgericht verhältnismäßig wenig Anträge. Eigenartigerweise handelte es sich dabei nicht um sogenannte Grenzfälle. Im einzelnen begründete das Erbgesundheitsgericht seine Ablehnung wie folgt:

1. Fall. Es handelte sich um einen 29jährigen Schreiner, der wegen Melancholie aus der Medizinischen in die Psychiatrische Klinik verlegt wurde. Eine Schwester des Patienten stand unter der Diagnose Schizophrenie in Behandlung. Der Patient zeigte eine ausgesprochene Denk- und Willenshemmung. Er lag still und ruhig im Bett, machte einen traurigen, verstimmten Eindruck, fühlte sich müde und matt, hatte Angstgefühl, besonders „Angst am Herzen" und gab an, er habe keine Arbeitslust mehr. Obwohl er früher sehr lustig gewesen sei, habe er nun den Humor verloren. Als Ursache für seine

Verstimmung gab er an, daß er in den letzten Jahren viel Unglück erlebt habe. 1932 sei seine Braut gestorben, im folgenden Jahre habe er seine Mutter verloren, kurze Zeit darauf habe sein Vater infolge eines Unfalles am Finger Blutvergiftung bekommen, die eine Schulterversteifung zur Folge gehabt habe. Im Frühjahr dieses Jahres habe seine Schwester abermals in die Psychiatrische Klinik in Erlangen aufgenommen werden müssen. Der Antrag wurde gestellt auf Grund der Diagnose: manisch-depressives Irresein. Das Erbgesundheitsgericht nahm eine exogen bedingte Depression an, besonders nachdem zwei Zeugen aus dem Heimatsort des Patienten diesen als tüchtigen, zuverlässigen Menschen schilderten, der nie schwermütig oder sonst geisteskrank gewesen sei.

Fall 2. Die im Fall 1 erwähnte Schwester des Patienten befand sich bereits im Jahre 1927 in der Psychiatrischen Klinik Erlangen. Sie war damals 8 Wochen in Behandlung und zeigte das Bild einer Schizophrenie: sie litt an Verfolgungswahn, fühlte sich beeinflußt, halluzinierte sehr lebhaft und hatte zeitweise starke Erregungszustände. Bei ihrer Entlassung hatte sich der Zustand etwas gebessert. Im Jahre 1936 mußte sie zum zweitenmal in die Klinik aufgenommen werden, weil seit einigen Monaten in ihrem Wesen wieder eine starke Veränderung eingetreten war: sie hielt sich für schwanger, gab an, sie werde jede Nacht von 18 Männern geschlechtlich mißbraucht. Sie mußte wegen ihres nächtlichen Erregungszustandes in den Wachsaal verlegt werden. Während ihres Aufenthaltes in der Klinik äußerte sie anderen Patientinnen gegenüber, sie werde jede Nacht von den Ärzten geschlechtlich mißbraucht. Nach 8 Wochen konnte sie abermals als gebessert entlassen werden. Die Diagnose lautete: Schizophrenie und zwar Dementia paranoides. Der Antrag wurde abgelehnt, da ein vom Erbgesundheitsgericht gehörter weiterer Sachverständiger bei seiner Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Schizophrenie fand.

Fall 3. Es handelt sich um eine 43jährige Frau, die an einer einwandfrei festgestellten Chorea Huntington leidet. Der Vater von ihr hatte dieselbe Erkrankung und beging Selbstmord. Der Antrag wurde abgelehnt, weil durch den zuständigen Bezirksarzt festgestellt wurde, daß wegen großer körperlicher Hinfälligkeit eine Fortpflanzungsgefahr nicht bestand.

Fall 4. Bei dem 49jährigen Patienten war eine erbliche Belastung nicht festzustellen. Er äußerte ausgesprochene Wahnideen, er glaubte, man wolle ihn vergiften, er hörte Stimmen,

grimassierte sehr stark und zeigte auf der Station ein sehr auffälliges Benehmen. Da auch die Prüfung seiner Intelligenz eine geistige Schwäche ergab, wurde auf dem Antrag außer der Hauptdiagnose Schizophrenie in Klammern: Propfhebephrenie? angeführt. Das Erbgesundheitsgericht lehnte den Antrag ab, weil bei dem Patienten eine Erbkrankheit im Sinne des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht vorliege. Gegen diese Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes wurde Beschwerde erhoben mit der Begründung, daß die Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie beantragt worden sei, und nicht wegen angeborenen Schwachsinns. Trotzdem schloß sich das Erbgesundheitsobergericht den Ausführungen der Vorinstanz an.

Fall 5. Der 50jährige Patient zeigt eine schwere erbliche Belastung. Die Mutter, der Bruder und zwei seiner Kinder sind schwachsinnig. Er selbst zeigt eine schlechte Orientierung, ein schlechtes Schul- und Allgemeinwissen, kann außer seinem Namen nicht schreiben und lesen, zeigt außerdem Verfolgungsideen, glaubt, er würde erschossen. Es wurde bei ihm Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen angeborenen Schwachsinns gestellt, der aber vom Erbgesundheitsgericht abgelehnt wurde, weil er sich im Leben gut durchgesetzt habe, im Kriege ein guter Soldat gewesen sei und auch als Freiwilliger beim Freikorps Epp sich den Dank des Vaterlandes erworben habe. Er wurde damals wieder aus der Klinik entlassen. Im Dezember diesen Jahres wurde er abermals in die Klinik eingewiesen, weil er ohne Grund seinen Arbeitsplatz verließ mit dem Bemerken, er brauche nicht zu arbeiten, er sei der Prinzregent. Bei seiner Aufnahme äußerte er dann verschiedene Wahnideen: er werde demnächst vom Amtsgericht zum Hauptmann befördert, außerdem werde er dauernd von Flugzeugen bewacht, die riefen: „Rühren Sie ihn nicht an". Zuhause würde er auf elektrischem Wege bewacht. Während der ganzen Unterhaltung ist er albern, lacht viel und grimassiert. Er befindet sich zur Zeit noch in der Klinik, zeigt aber in seinem ganzen Verhalten nichts Auffälliges mehr, nur daß er ab und zu bei der Visite auf Befragen einige seiner Wahnideen äußert. Es wird neuerdings Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie gestellt, denn es handelt sich offenbar um eine Propfhebephrenie.

Abgesehen von Fall 3 erscheint die Ablehnung der Anträge dem Kliniker nicht ganz gerechtfertigt, da gerade bei den erwähnten Fällen eine mehrwöchentliche Beobachtung in der Klinik eine bessere Grundlage für eine Beurteilung gab,

als es bei einer einmaligen Untersuchung eines Patienten möglich ist. Im Falle 4 dürfte ein reines Mißverständnis vorliegen.

Bei der Aufstellung, wie sich die in der hiesigen Klinik behandelten Fälle auf die im § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aufgeführten Krankheiten verteilen, fällt sofort die starke Beteiligung der Schizophrenie auf. Während nach einer im Jahre 1934 von Rüdin veröffentlichten Schätzung die Zahl der angeborenen Schwachsinnigen im deutschen Reich mit etwa 200000 bis 400000, die der Schizophrenen mit 280000 angegeben wird, also der Schwachsinn die Schizophrenie übertrifft, zeigt die Tabelle, daß bei den vorliegenden Untersuchungen auf je 4 Schizophrene erst 1 Schwachsinniger trifft. Der oberflächliche Betrachter könnte nun annehmen, daß bei der hiesigen Bevölkerung wenig Schwachsinnige, dafür aber um so mehr Schizophrene vorkämen. Würde er aber eine erbbiologische Bestandsaufnahme der Bevölkerung durchführen, so würde er wahrscheinlich feststellen können, daß die von Rüdin angegebenen Verhältniszahlen auch hier zutreffen. Der Grund für das erhöhte Vorkommen der Schizophrenie in der Tabelle dürfte darin liegen, daß Schwachsinnige im Gegensatz zu Schizophrenen im allgemeinen nicht in die Anstalt und in die Klinik kommen, sondern durch die Hilfsschule, die Schwachsinnigenanstalten, durch gerichtliche Begutachtung usw. erfaßt werden. Ein Schizophrener wird bei seinem auffälligen Verhalten, seinen Wahnideen, seinem Halluzinieren, seinem Grimassieren die Aufmerksamkeit seiner Umgebung viel eher auf sich lenken als ein Debiler, ja sogar ein Imbeziller, der durch Gewöhnung und Erfahrung oft noch das ersetzt, was ihm an geistiger Fähigkeit fehlt, und die einmal eingeübte mechanische Arbeit schlecht und recht verrichtet. Hinzu kommt, daß die Volksmeinung unter „Geisteskrankheit“ meist nicht den angeborenen Schwachsinn leichten Grades versteht, sondern ihn als Dummheit oder Einfältigkeit wertet. So ist zu verstehen, daß meist nur durch Zufall (Ehekonsens, Erhebungen der Hilfsschulen usw.) ein angeborener Schwachsinn zur Anzeige kommt und dann direkt, und nicht auf dem Umwege über die Klinik der Unfruchtbarmachung zugeführt wird. Demgegenüber wird ein Schizophrener mit einigermaßen ausgebildetem Krankheitsbild kaum einer Anzeige entgehen. Immerhin erscheint die rassenhygienische Erfassung des Schwachsinns besonders wichtig, da gerade beim Schwachsinn wegen der hohen Manifestationswahrscheinlichkeit und dem meist dominanten Erbgang eine rasche Ausmerzung an sich erfolgversprechend wäre.

Sogar die Zahlen für das zirkuläre Irresein und die erbliche Fallsucht übersteigen noch die des angeborenen Schwachsinns, obgleich sie im Hinblick auf die Verhältniszahlen für das deutsche Reich sich im Rahmen des Normalen halten. Bei ihnen fällt jedoch die stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechts beim zirkulären Irresein und die des männlichen bei der Epilepsie auf. Hierzu ist zu sagen, daß über die Hälfte der Frauen, die an zirkulärem Irresein leiden, bereits das fortpflanzungsfähige Alter überschritten haben; dies zeigt, daß das manisch-depressive Irresein schwer ausmerzend zu erfassen ist. Man könnte hier fast von einer Alterserkrankung bei Frauen sprechen; vielleicht neigt die Frau auch durch die größere Labilität der Simmungslage mehr zum zirkulären Irresein. Außerdem scheint in der hiesigen Gegend das manisch-depressive Irresein häufiger zu sein als in anderen Gegenden. Für die außerordentlich starke Beteiligung der Männer an der Epilepsie ist wohl die körperliche Arbeit und der Alkoholismus als Ursache anzunehmen.

Die Zahlen für erblichen Veitstanz, schwere erbliche körperliche Mißbildung und schweren Alkoholismus entsprechen den Durchschnittswerten. Der Fall von schwerer körperlicher Mißbildung, der zur Sterilisierung kam, bestand in einer Friedreich'schen Ataxie bei einem 17jährigen Mädchen.

Außer dem angeführten Material und den bisher besprochenen Fällen bieten besondere Schwierigkeiten für die Beurteilung die Grenzfälle.

Obwohl man auch beim angeborenen Schwachsinn sehr verschiedener Meinung in der Beurteilung der einzelnen Fälle sein kann, so haben sich doch alle Sachkundigen hierbei dahingehend geäußert, daß man die gesetzlichen Bestimmungen kaum scharf genug anwenden kann. So hält Weygandt auch bei denjenigen Fällen die Sterilisation für angebracht, bei denen es zweifelhaft ist, ob die Debilität auf exogener oder endogener Grundlage beruht. Läßt sich eine erbliche Belastung nachweisen, so soll man sich, auch wenn Anzeichen einer exogenen Verursachung vorhanden sind, für die Unfruchtbarmachung entscheiden. Abgesehen davon, daß beim Schwachsinn den exogenen Momenten als auflösende Ursache nur eine ganz geringe Bedeutung zukommt, ist die Kindererwartung und die Belastung dieser Kinder so hoch, daß man das Gesetz hierbei in aller Schärfe anwenden muß. Rüdin hält z. B. ein Drittel aller Schwachsinnsfälle für exogen bedingt, sagt aber gleichzeitig, daß auch in diesen Fällen eine vererbte Disposition vorhanden

sein müsse. Obwohl wir wissen, daß sowohl intra- wie extrauterine Schädigungen, Hirnhautentzündungen, traumatische Einwirkungen in den ersten Kindheitsjahren, akute Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Diphterie, Keuchhusten usw., dann konstitutionelle Erkrankungen des Kindesalter, wie Rachitis, oder Störungen der inneren Sekretion eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung des Schwachsinns haben, so beweist uns doch die große Zahl derjenigen Menschen, die trotz all dieser Schädigungen späterhin zu hohen geistigen Leistungen befähigt sind, daß bei Fällen des erworbenen Schwachsinns der Faktor einer minderwertigen Erbanlage hinzukommen muß. Für die Sterilisation kommen nun hauptsächlich die leichteren Grade des Schwachsinns in Frage, die zudem zu 85 % endogen bedingt sind. Bei den schwereren Formen der Imbezillität und Idiotie ist die Fortpflanzungsgefahr weit geringer, da ihre Träger teils in Anstalten, teils in der Familie unter dauernder Aufsicht stehen müssen; manche Formen von Idiotie gehen auch mit Fortpflanzungsunfähigkeit einher. Die Schwierigkeit liegt also hier bei den leichten oder sogen. Grenzfällen. Ihr Schicksal hängt dabei zum großen Teil von dem strengeren oder milderen Maßstab ab, den der einzelne Arzt oder das Erbgesundheitsgericht an die Begabung anlegt. Nach Poenitz besteht die Gefahr: „Daß schlichte, in gutem Sinn einfältige beschränkte Menschen, bei denen das langsame psychische Tempo und der Mangel an weitgehenden Interesse durch sozial erwünschte Charaktereigenschaften wie Stetigkeit, Treue, Ehrfurcht u. a. ausgeglichen wird, einfach als schwachsinnig angesehen und sterilisiert werden, Menschen, die in ihrer Einfalt moralische Werte bergen, auf die der Staat nicht verzichten kann, der andererseits wurzellosen Intellektualismus bekämpft. Wichtiger als die Beantwortung des Fragebogens und das Verhalten bei Laboratoriumsversuchen ist das Bestehen der Lebensprobe. Bei moralischen Minusqualitäten wird man auch bei nur leichten intellektuellen Defekten die Unfruchtbarmachung zu beantragen haben". So betont auch Villinger, daß die Beobachtung des Verhaltens unter natürlichen Bedingungen, z. B. unter den Lebensverhältnissen der Fürsorgeheime, den Intelligenzprüfungen weit überlegen ist, und kommt zu dem Schluß, daß eine Unfruchtbarmachung bei nur leichtem Schwachsinn stets angebracht ist, wenn noch ausgesprochene asoziale Charakterzüge und geringe praktische Leistungen vorhanden sind. Meggendorfer kommt in seiner Arbeit „Zur Abgrenzung des krankhaften Schwachsinns von der physiologischen Beschränktheit" zu dem Ergebnis, daß es verhängnisvoll wäre, einen

Menschen rein nach seiner Verstandesleistung beurteilen zu wollen. Er stellt dabei fest: „Es ist wohl denkbar, daß ein Schwachsinniger rein verstandesmäßig eine bessere Leistung aufweist als ein nur Beschränkter".

Welche Schwierigkeit die Entscheidung auf diesem Gebiete oft macht, zeigt folgender Fall: Ein 14jähriger Junge wurde in die hiesige Klinik gebracht, weil er mehrmals, ohne eine Fahrkarte zu lösen, Eisenbahnfahrten unternahm, mehrmals kleine Diebstähle beging und zu Lügereien neigte. Eine erbliche Belastung des Jungen, der aus einer kinderreichen Familie stammt, ließ sich nicht nachweisen. Das Einzige, was sich eruieren ließ, war eine gewisse Haltlosigkeit seiner Mutter während des Krieges — sie hatte von einem französischen Kriegsgefangenen ein uneheliches Kind und soll auch damals viel getrunken haben. — Bei der Unterhaltung machte er einen geweckten Eindruck, gab schlagfertige Antworten und zeigte im Lesen und Schreiben gute Kenntnisse. Bei einer eingehenden Untersuchung erwies er sich als in seiner geistigen Entwicklung zurückgeblieben, nach dem Binet-Bobertagschen Test 10jährig. Auch sein körperlicher Zustand entsprach eigenartiger Weise dem eines 10- bis 11jährigen Jungen. In diesem Falle wurde von der Unfruchtbarmachung vorerst abgesehen, da sich der Junge noch nicht in fortpflanzungsfähigem Alter befindet. Vielleicht wird seine Entwicklung in den nächsten Jahren eine weitere Klärung bringen.

Ein weiterer Fall ergab folgendes Bild: Ein 27jähriger Arbeiter wurde zur Begutachtung eingewiesen, nachdem ihm der Bezirksarzt den Ehekonsens verweigert hatte, da er an angeborenem Schwachsinn leide. Der Patient konnte bis vor wenigen Monaten angeblich weder lesen noch schreiben. Aus Angst vor der Unfruchtbarmachung versuchte er diese Fertigkeiten zu erlernen und brachte es tatsächlich so weit, daß er bei seinem Klinikaufenthalt die seinen Verhältnissen entsprechende Wissensstufe auf diesem Gebiete erlangt hatte. In der Anamnese ergab sich, daß er ein äußerst tüchtiger Arbeiter war, der eine sehr komplizierte Maschine seit mehreren Jahren zu voller Zufriedenheit des Betriebsführers bediente und wöchentlich 50 bis 60 *RM* verdiente. Im bürgerlichen Leben bewährte er sich ebenfalls vollkommen. In seiner Familie war eine erbliche Belastung nicht nachzuweisen, und man nahm an, daß eine im Alter von 3 Jahren durchgemachte Hirnhautentzündung, die sich auch durch Zeugenaussagen einigermaßen sicher nachweisen ließ, sein Zurückbleiben in der Kindheit verursacht habe. Eine Unfruchtbarmachung dürfte wohl in diesem Falle

nicht im Sinne des Gesetzgebers sein. Vielleicht dürfte man ihn auch als sogenannten „Spätblüher" auffassen. Darunter werden solche Menschen verstanden, die in der Schule zurückbleiben, später aber „aufholen" und sich im Leben und Beruf voll bewähren.

Im Gegensatz zu dem Schwachsinn sinkt die Fruchtbarkeit bei der Schizophrenie erheblich unter den Durchschnitt. Nach Kallmann, der die Nachkommenschaftsverhältnisse von über 1000 Berliner Schizophrenen untersuchte, heiraten die Hebephrenen und Katatonen nur halb so oft wie die Gesamtbevölkerung und haben im Durchschnitt nur ein bis zwei Kinder. Bei den schubweisen Verlaufsformen ist die Fruchtbarkeit nur um ein Drittel herabgesetzt. Es ist eine günstige Fügung der Natur, daß gerade die Hebephrenen und Katatonen, deren Nachkommen eine Krankheitserwartung von 20 % ergeben, wie Rüdin feststellte, die geringste Fortpflanzungsfähigkeit haben.

Bei den in der hiesigen Klinik zur Beobachtung gekommenen Schizophrenen sind mir keine Grenzfälle bekannt geworden, die bei der Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses Schwierigkeiten bereitet hätten. Zur Vervollständigung sei jedoch ein vom Erbgesundheitsobergericht Dresden verhandelter Fall mitgeteilt:

Ein Schizophrener berief sich gegenüber der Anordnung auf Unfruchtbarmachung auf außerordentliche Erfinder- und Forscheranlagen, jedoch ohne Erfolg. Auch das Vorhandensein hochwertiger geistiger Erbanlagen, die hier im übrigen von mehreren Ärzten noch verneint worden waren, rechtfertigt nicht Ablehnung eines Antrages auf Unfruchtbarmachung, wenn die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen zur Anordnung der Unfruchtbarmachung vorliegen.

Bei der Anwendung des Gesetzes ergaben sich jedoch Schwierigkeiten in denjenigen Fällen, die in diagnostischer Hinsicht keinerlei Zweifel aufkommen ließen, die aber zeitweise so gute Remissionen aufwiesen, daß sie in diesen Zeiten keinerlei krankhaften Befund ergaben. Es handelte sich dabei um zwei Angehörige der Wehrmacht, die einen ausgesprochenen schizophrenen Schub durchgemacht haben. Beide befanden sich in einem starken Erregungszustand, waren aggressiv, halluzinierten und waren vollkommen verwirrt. Nach einigen Wochen besserte sich der Zustand so, daß heute keinerlei geistige Störungen mehr nachzuweisen sind. Beide wehren sich nun heute mit aller Energie gegen die Unfruchtbarmachung und machen ihre jetzige vollkommene Gesundheit in dieser Richtung hin

geltend. Demgegenüber muß aber betont werden, daß gerade hier die Sterilisierung notwendig erscheint.

Auch in den Erläuterungen zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von Gütt-Rüdin-Ruttke wird betont, daß eine kurze Dauer eines Schubes oder die mehr oder weniger vollkommene Heilung von einem Schube oder eine starke bis zur völligen sozialen Verwendbarkeit gehende Besserung der Krankheit durchaus keine Gegengründe gegen die Unfruchtbarmachung seien. Gerade die ersten und leichtesten Symptome, sofern sie nur diagnostisch klar seien, genügten nicht bloß zur Unfruchtbarmachung, sondern müßten unbedingt schleunigst zu ihr führen, damit in die Fortpflanzung der Kranken eingegriffen werden könnte, ehe es zu spät sei, d. h. ehe sie eheliche oder uneheliche Kinder gezeugt hätten, und zwar gemäß der Weisung des Art. 1 Abs. 1 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933.

Wenn in Fachkreisen Bedenken gegen die Unfruchtbarmachung der Manisch-Depressiven geäußert werden und wenn dann Gaupp, Bonhoeffer und Bumke glauben, daß die Sterilisierung des zirkulären Irreseins eine Gefahr für unsere Kultur bedeute, daß dadurch alles Gemütvolle, alle Wärme und alles Schöne im menschlichen Seelenleben vernichtet werde, so ist dem doch zu entgegnen, daß die ernsteren Formen der Erkrankung ein ganzes Leben ausfüllen und nicht selten eine über Jahrzehnte dauernde Anstaltsunterbringung nötig machen; die leichteren Formen aber sind besonders gefährlich, da sie am ehesten und häufigsten eine Fortpflanzung zulassen. Außerdem bedeutet aber eine leichte Form bei den Eltern keineswegs, daß die Erkrankung auch bei den Kindern so verläuft. Gerade bei manisch-depressivem Irresein sind die Kinder stark gefährdet. Dazu kommt, daß wegen des oft späten Auftretens der ausgesprochenen Erkrankung — es kommt ja nur bei manifest Kranken das Gesetz zur Anwendung — der Kreis der Manisch-Depressiven, die vom Gesetz betroffen werden, ein recht kleiner ist. So hat es sich auch bei dem hier vorliegenden Material gezeigt, daß bei 98 Fällen von zirkulärem Irresein nur 17 zur Sterilisation kamen. Diese 17 Fälle waren dann durch die Schwere des Krankheitsbildes und das Fehlen hochwertiger Erbanlagen so eindeutig, daß man mit Lange die Sorgen der oben zitierten Autoren nicht teilen kann, die eine Ausmerzung wertvoller, ja genialer Begabungen durch die Erfassung der Manisch-Depressiven, wie überhaupt durch die Ausschaltung der Erbkranken von der Fortpflanzung befürchten. Wahrscheinlich

dürften Beethoven, Schumann und Hölderlin — über deren Erkrankung ist man zudem noch keineswegs einheitlicher Meinung — Bumke vorgeschwebt haben, wenn er von Manisch-Depressiven mit einer genialen Begabung spricht.

Sehr schwierig ist die Entscheidung der Grenzfälle bei Epilepsie. Hat man doch hier immer die genuine Epilepsie von der symptomatischen und traumatischen abzutrennen. Auch in der hiesigen Klinik kommen in jedem Monat mehrere Fälle zur Beobachtung, in denen diese Klärung nötig ist. Besonders auch für die Unfallbegutachtung spielt diese Frage eine große Rolle. Es würde jedoch zu weit führen, die einzelnen Fälle hier aufzuführen. Es sei daher nur ein sowohl diagnostisch wie forensisch besonders interessanter Fall von symptomatischer Epilepsie näher dargelegt.

Es handelte sich um eine 26jährige Frau. Ein Bruder ihres Vaters starb an Paralyse. Der Vater war Gastwirt, es wurde berichtet, er habe schon mit 36 Jahren einen Schlaganfall gehabt, sei gelähmt gewesen. Auch Sprachstörungen habe er schon damals gehabt. Sonst sei in der Familienanamnese keine weitere Belastung. Mit 16 Jahren habe sie erstmals einen Anfall gehabt, der sich dann später wiederholte. Sie sei damals hingestürzt, habe tonisch-klonische Krämpfe gehabt. Die Anfälle seien dann verschieden häufig aufgetreten in Pausen von 3—6 Wochen. Körperliche Anstrengungen und die Periode hätten ungünstige Wirkungen gehabt. Bei der körperlichen Untersuchung ergaben sich Anfallsverletzungsnarben an der linken Stirne, am rechten Ellenbogen, am rechten Unterschenkel, sowie beiderseits Zungenbißnarben. Weiterhin war festzustellen: eine leichte Vergrößerung der Schilddrüse und eine erhöhte Erregbarkeit des Nervus facialis. In psychischer Hinsicht war die Patientin klar, besonnen, in jeder Hinsicht wohl orientiert. Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis zeigten keine Störungen. Sie war in gleichmütiger Stimmung und keineswegs reizbar. In der hiesigen Klinik bekam die Patientin in der Nacht einen Anfall: Sie stieß plötzlich einen Schrei aus, stöhnte und zeigte ein Zusammenkrampfen des ganzen Körpers. Am Morgen nach dem Anfall klagte sie über starke Stirnkopfschmerzen, über allgemeines Unbehagen und Übelkeit und hatte einigemale Erbrechen. Weiterhin verspürte sie ein starkes Ziehen in den Händen, krampfartige Schmerzen in den Beinen und Zuckungen des Mundes. Tatsächlich befanden sich die Hände in typischer Pfötchenstellung, der Daumen war in die Hohlhand eingeschlagen, die anderen Finger waren gegeneinander adduziert. Die Hand selbst war im Handgelenk gebeugt und

leicht supiniert. Die passive Bewegung der Finger war möglich, doch verspürte man deutlich einen Widerstand. Der Mund war krampfartig zusammengezogen, es ließen sich vereinzelte Zuckungen um den Mund beobachten, die Kinnpartien zeigten krampfartige Kontraktionen der Muskelfasern. Die Reflexe waren ziemlich lebhaft. Es wurde dann später ein Hyperventilationsversuch angestellt, der nach etwa 10 Minuten den oben beschriebenen Krampfzustand im Gesicht mit Zuckungen um den Mund und an den Kinnpartien hervorrief. Die elektrische Erregbarkeit ergab bei der Prüfung eine deutliche Herabsetzung der Schwellenwerte. Der Calciumgehalt im Blut war gegen die Norm verändert. Es mußte nach all diesen Erscheinungen die anfänglich vom Bezirksarzt gestellte Diagnose genuine Epilepsie dahingehend berichtigt werden, die Patientin leide an einer Tetanie mit epiliptiformen Anfällen.

Fast bei allen Fällen von Epilepsie, die zur Beobachtung kamen, wurde von den Patienten versucht, ein Trauma oder eine sonstige Erkrankung für die Epilepsie verantwortlich zu machen. Die Entscheidung stützte sich in den meisten Fällen auf die genaue Nachprüfung der angeblichen Ursachen bezw. auf das Vorhandensein irgendwelcher Charakterveränderungen. In vielen Fällen wurde auch die Encephalographie zur Klärung der Diagnose herangezogen. Per exclusionem kam man dann meist auf die Annahme einer genuinen Epilepsie.

Beim erblichen Veitstanz tauchten, wie zu erwarten war, keine Schwierigkeiten auf. Es läßt sich auch hierbei durch den dominanten Erbgang dieser Erkrankung viel leichter die Diagnose stellen.

Der Fall der schweren erblichen körperlichen Mißbildung stellte ein klares Krankheitsbild, eine Friedreich'sche Ataxie, dar.

Die beiden Fälle, die wegen schweren Alkoholismus der Unfruchtbarmachung zugeführt wurden, waren so eindeutig, daß man bei ihnen nicht von Grenzfällen sprechen kann. Bei Durchsicht der Veröffentlichungen anderer Kliniken sieht man, daß nur wenige Trinker bisher sterilisiert wurden im Verhältnis zu den Angaben über das Vorkommen von schwerem Alkoholismus im Volk. Es scheint, als hätten hier die Begutachter noch nicht den richtigen Maßstab der in Frage kommenden Fälle gefunden. So wendet sich darum Trunk gegen das „allzu große Zögern bei Unfruchtbarmachung wegen schweren Alkoholismus", indem er ausführt: „Für die Diagnose des chronischen Alkoholikers ist der Nachweis der dafür typischen psychopathischen Charakterentartung mit ihren ethischen Auswirkungen viel wichtiger als alle zahlenmäßigen Angaben über

die gewohnheitsmäßig getrunkenen Mengen. Es ist verfehlt, die Tatsache der Trunksucht erst dann zur Kenntnis zu nehmen, wenn eine Kette von Rückfällen und sozialer Entgleisung vorgekommen sind.“ Besonders bei trunksüchtigen Frauen wäre eine strenge Durchführung des Gesetzes nur zu wünschen, weil hierbei die Nachkommenschaft besonders gefährdet ist, sowohl vor wie nach der Geburt. Wie die Nachkommenschaft durch den Alkoholmißbrauch der Eltern geschädigt wird, darüber fehlt bis jetzt eine allgemein befriedigende Erklärung. Nach Meggendorfer ist eine Erbänderung, und zwar eine Entstehung minderwertiger und kranker Erbanlagen durch Alkoholmißbrauch zwar als möglich, aber noch nicht als bewiesen zu bezeichnen. Viel eher wäre an die Möglichkeit einer unmittelbaren Keimschädigung durch den Alkohol zu denken. Ebenso nehmen auch Ribert, Vogt und Bumke eine Intoxikation der Keimzellen an.

Zum Schlusse erhebt sich die Frage, wieviel erbkranker Nachwuchs durch die oben aufgeführten Sterilisationen „verhütet“ worden ist. Es kann sich selbstverständlich hierbei nicht um eine genaue Ausrechnung handeln, vielmehr um eine Schätzung, die nur auf Grund der in den bisher veröffentlichten Kindererwartungszahlen der einzelnen Erbkrankheiten beruhen kann.

So würden sich anhand der aufgeführten Tabellen ergeben:

	Kindererwartung	Sterilisiert
Angeborener Schwachsinn	5,2	14
Schizophrenie	3	56
Zirkuläres Irresein	3,5	17
Erbliche Fallsucht	2,9	15
Erblicher Veitstanz	4	2
Schwere körperliche Mißbildung	1,5	1
Schwerer Alkoholismus	4,5	1
		106

Setzen wir nun die Prozentzahlen für die Erkrankungswahrscheinlichkeit bezw. für die rassenhygienisch bedenklichen Typen unter den Kindern ein mit:

Angeborener Schwachsinn	67 %	bezw.	75 %
Schizophrenie	16 %	„	50 %
Zirkuläres Irresein	25 %	„	50 %
Erbliche Fallsucht	10 %	„	30 %
Erblicher Veitstanz	50 %	„	50 %
Schwere körperliche Mißbildung	30 %	„	30 %
Schwerer Alkoholismus mindestens	20 %	„	75 %

Es errechnen sich dann folgende Zahlen für den verhinderten erbkranken Nachwuchs.

	Nachkommen 1. Grades		
Angeborener Schwachsinn	49	bezw.	55
Schizophrenie	27	„	84
Zirkuläres Irresein	15	„	30
Erbliche Fallsucht	5	„	15
Erblicher Veitstanz	4	„	4
Schwere körperliche Mißbildung	1	„	1
Schwerer Alkoholismus	1	„	4
	102	„	193

Es wurde davon Abstand genommen, die Berechnung auf weitere Generationen auszudehnen, zeigt sie doch schon bei den Nachkommen ersten Grades, daß eine Zahl von Trägern minderwertiger Erbanlagen, die um 82 % höher ist als die der bisher Sterilisierten, aus der Erneuerung unseres Volkskörpers ausgeschlossen worden wäre, wenn die Maßnahme in jedem Falle früh genug, d. h. vor der Zeugung von Nachkommen, durchgeführt worden wäre. So wird auch an dem hier vorliegenden kleinen Material ersichtlich, wieviel Not, Elend und Leid durch die Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erspart bleibt. Es muß in den kommenden Jahren unser Ziel sein, die Erbkrankheiten auf dem jetzt begonnenen Weg zu verringern und von Geschlecht zu Geschlecht seltener zu machen. Als Leitspruch diene uns hierzu das Nitzschewort: „Nicht nur fort sollst du dich pflanzen, sondern hinauf".

Zum Schlusse meiner Darlegungen möchte ich nicht verfehlen, Herrn Direktor Professor Dr. Fr. Meggendorfer für die Überlassung des Themas und seine wertvollen Anregungen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Schrifttum.

Bonhoeffer, Münch. Med. Wschr. **83**, 68 (1936).
Bumke, Münch. Med. Wschr. **83**, 68 (1936).
Dornedden, Psych. Neur. Wschr. **36**, 378 (1934).
Ewald, Münch. Med. Wschr. 1935, 1315.
Fuchs, Psych. Neur. Wschr. **38**, 157 (1936).
Gaupp, Münch. Med. Wschr. **83**, 68 (1936).
Gottschick, Med. Welt **1935**, 1440.
Grunau, Erbarzt **3**, 44 (1936).
Gütt-Rüdin-Ruttke, Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1934/36.
Haberland, Dtsch. Med. Wschr. **62**, 1502 (1936).
Kallmann, Zbl. Neur. **78**, 175 (1936).
— Z. f. Psychiatr. u. Neur. **104**, 119 (1936).
Klose, Erbarzt **1**, 43 (1934).
Kraepelin, zitiert nach Murar.
Kreyenberg, Erbarzt **1**, 112 (1934).
Küper, Erbarzt **2**, 156 (1935).
— Dtsch. Ärztebl. **66**, 186 (1936).
Lange, Psych. Neur. Wschr. **37**, 75 (1935).
Lenz, Menschliche Auslese und Rassenhygiene (Eugenik) 1931/1936.
Linden, Dtsch. Ärztebl. **66**, 124 (1936).
Luxenburger, Erbarzt **1**, 33 (1934).
Meggendorfer, Intoxikationspsychosen, in Handbuch der Geisteskrankheiten von Bumke. 1928.
— Dtsch. Med. Wschr. **62**, 9 (1936).
— Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. **154**, 1936.
— Fortschr. d. Neur. **3**, H. 3 (1931).
Murar, Tetanie, ein Beitrag zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Diss. Erlangen 1936.
Paech und Trembur, Dtsch. Med. Wschr. **62**, 1922 (1936).
Peretti, Erbarzt **1**, 5 (1934).
Poenitz, Z. Neur. **153**, 770 (1935).
Prost, Erbarzt **2**, 41 (1935).
Rauschenberger, Volk u. Rasse **9**, 194 (1934).
Reiß, Untersuchungen an Erlanger Hilfsschulkindern. Diss. Erlangen 1936.
Ribbert, zitiert nach Reiß.
Ruttke, Erbarzt **1**, 65 (1934).
Rösch, Psych. Neur. Wschr. **37**, 487 (1935).
van Schelven, Dtsch. Ärztebl. **66**, 855 (1936).
Seele, Ärztl. Sachverst. Ztg. **42**, 196 (1936).
Sioli, Psych. Neur. Wschr. **37**, 121 (1935).
Steck, Zbl. Neur. **81**, 102 (1936).
Steinwaller, Psych. Wschr. **38**, 128, 191 (1936).
Trunk, Erbarzt **2**, 41 (1935).
Weygandt, Z. Neur. **152**, 644 (1935).

Lebenslauf.

Ich wurde am 22. Oktober 1911 zu Kaiserslautern als Sohn des praktischen Arztes Dr. Walter Kreienberg und seiner Ehefrau Frieda, geb. Ritter, geboren. Nach Besuch der Volksschule und des humanistischen Gymnasiums in Kaiserslautern bestand ich daselbst im Frühjahr 1931 die Reifeprüfung. Ich wandte mich dem Studium der Medizin zu an den Universitäten Würzburg (1 Semester), Hamburg (1 Semester), Erlangen (8 Semester) und der Akademie Düsseldorf (1 Semester). In Erlangen bestand ich im Sommer 1933 das Physikum und im Herbst 1936 das medizinische Staatsexamen. Zur Zeit bin ich an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Erlangen tätig.

Erlangen, den 29. Dezember 1936.